

患者教育に生かす医療コミュニケーションの研究

著者	田代 恵理
号	7
学位授与番号	102
URL	http://hdl.handle.net/10097/44030

たしろえり 田代恵理

学位の種類 博士（国際文化）

学位記番号 国博 第 102 号

学位授与年月日 平成21年 3 月25日

学位授与の要件 学位規則第 4 条第 1 項該当

研究科・専攻 東北大学大学院国際文化研究科（博士課程後期 3 年の課程）
国際文化交流論専攻

学位論文題目 患者教育に生かす医療コミュニケーションの研究

論文審査委員 （主査）

教授 小野 尚之

教授 宮本 正夫

准教授 中本 武志

准教授 ナロック・ハイコ

教授 佐藤 勢紀子

上席研究員 吉岡 泰夫（国立国語研究所）

論文内容の要旨

1. 研究の背景

近年、国民主役の医療がさけばれ、患者が自分で自己の健康管理を行うセルフケアの重要性が取り上げられるようになってきた。米国では当たり前のこの考え方が、日本人患者にも徐々に浸透し始めてきている。これは病気を誘発する要因を未然に防ぎ、発病を予防するという予防医学にも通じる概念であり、確実に実行されれば、医療の質の面だけでなく医療費高騰の抑制にも繋がっている。薬剤師は、以上の様に患者や家族の意識が変化してきていることを医療従事者の一人として認識し、必要な薬の情報を提供することでセルフケアを実行するための教育（以下、患者教育）をしなければならない立場にある。

では、患者教育を行なうために今の薬剤師には何が必要か。今も昔も医療現場で求められていることは、適正医療の提供と患者のクオリティオブライフ（以下、QOL）の改善である。しかし、たとえ適正医療のもとで患者に適切な薬が処方されたとしても、その情報を正確に伝え、理解して

使ってもらわなければ、治療結果はかえって悪くなることもある。そのため、薬剤師は服薬指導に伴う患者とのコミュニケーションの取り方が薬学的知識と同様に必須の要素となってきた。この現状に対応するために、今まで4年制だった薬学教育が2006年4月より6年制へ移行し、医療面接やロールプレイなどのカリキュラムが増え、さらに今までは医歯学教育にのみ適応されていた客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE）が薬学部にも導入されることとなった。

以上の様に、医療コミュニケーションに対する関心が高まってきている一方で、日本においては、医療現場や薬学教育において有効に活用できる確立した医療コミュニケーション・スキルが存在せず、未だに薬剤師のコミュニケーション能力の低さが指摘されている。

2. 研究目的

本研究では、医療現場で薬剤師が行う服薬指導を患者教育と捉え、外来患者のQOLと治療結果の改善につながる医療コミュニケーション・スキルを構築することを目的とする。なお、今回、研究対象とした医療コミュニケーション・スキルは、言語学の理論に基づいた言語コミュニケーションモデルである。

3. 論文の内容

第1章 序論

以前は医療従事者、特に医師の患者に対するパターナリズムは当然であり、誰も疑問に思わなかった。しかし、現在は“患者中心の医療”が医療現場で強調されるようになってきている。患者中心の医療を実現するためには、医療従事者と患者の関係が少なくとも対等でなければならない。しかし、日本では未だに医療従事者との関係がパターナリズムである方が心地いいと思っている患者も少なからずいる。一方、米国の患者は、自分の体は自分で治療するという自覚が強く、仮に最高の医療を受けても、自分の病気を知らないことは自らの自由な選択を捨てたと同じだと感じると上野（2006：23）は述べている。つまり、患者が自分にとって最高の医療を受けるためには、自身が主体となって治療に参加する参加型医療の姿勢が必要である。医療従事者側は、患者が積極的に参加できる環境を作る努力として治療に関する説明を十分に行うだけでなく、どのような治療を選択するか、患者が主体的に考えられるようになるための患者学を教えていく必要がある。これを「患者教育」と呼んでいる。

患者教育のためには、医療従事者と患者双方がコミュニケーション力をつける必要がある。薬についての情報を短時間で分かり易く簡潔に説明し、それを正しく理解してもらわないと直接患者に不利益が出ることから、薬剤師に対してはより高度な医療コミュニケーション能力が求められてい

る。しかし、今まで薬学の中にはなかった“コミュニケーション”という分野に関しては、教育するための基礎となる具体的な理論が欠けており、教える側も何を基に指導教育していけばいいのか、暗中模索の状態が続いている。以上の理由から、日本の医療・薬学教育現場で有効に使える薬剤師－患者間のコミュニケーション・スキルを検討、作成する必要がある。

第2章 薬学教育に必要な言語コミュニケーション理論

◎語用論 (Pragmatics)

語用論とは、話し手と聞き手のそれぞれが発話の意味の理解にどのように寄与しているかを扱う分野である。一般的に人は伝えたいことをそのまま言わず、文字通りの意味よりずっと多くのことやそれとは全く別のことを伝えようとすることが多い。この「言外の意味」のことを「含意」と言う。発話による含意を解釈する為の原則については、Grice (1975) が提案した「協調の原則」がよく知られている。これは、“人と人との間の会話の背後にはお互いコミュニケーションが成り立つように必要な情報を提供し、相手の関心に答えるように発話するという大原則がある”という考え方である。聞き手は話し手の言ったことが明らかに真実と食い違っているように感じた時、同時にそこでは協調の原則が作動しているはずだと考えることで、何かが含意されていると感じ、推論し、それを表現する。これを繰り返すことにより、お互いに信頼関係が形成され、更に円滑なコミュニケーションを展開することが出来るようになる。さらに、「協調の原則」は4つの「会話の行動指針」(量、質、関係、および様式の行動指針)によって成り立っている。しかし、いつでもこの原則に従っているわけではなく、行動指針を無視することもある。

◎ポライトネス理論とラポール形成

コミュニケーションの問題を分析する理論のひとつに Brown & Levinson (1987) の「ポライトネス」がある。この理論では、コミュニケーションに関わる人間の基本的欲求を2つの相反する欲求に分け、言語行動はこれらの欲求を充足するための相互行為と見なしている。人間は一方で他者から理解され、共感され、称賛されたい、他者との心理的距離を縮めたいという欲求を持ち、また一方で他者に立ち入ってほしくない、邪魔されたくない、他者との心理的距離を保ちたいという欲求を持つ。前者をポジティブ・フェイス、後者をネガティブ・フェイスと呼ぶ。相手のこれらの欲求を満たすように働きかけるコミュニケーション行動がポライトネスであり、相手のフェイスに対応してポジティブとネガティブの二面がある。

次に、ラポールとは何かというと、スペンサー-オーティアー (2004 : 13) は“人間関係の調和”としている。また、吉岡他 (2007 : 140) は“共感を伴う信頼関係”であると述べている。では、医療現場におけるラポールとは何かというと、“患者と医療スタッフとの間の心の通い合った良好

な関係”であると町田（2005：10）は述べている。薬剤師は、患者あるいは他の医療従事者とのコミュニケーションを通して、薬物治療に起因する問題点を洗い出し、解決するファーマシューティカルケアを責務としている。これを全うする為には、患者との良好な協力関係やラポールの形成が必要である。

◎非言語コミュニケーション

心理学者の Mehrabian（1968：53）は、言語に補助的ないし相補的に働く準言語のメッセージを含めると、2者間のメッセージ伝達において対人コミュニケーションの93%は非言語的メッセージを介していると述べている。特に言葉ではっきりと示すよりも相手に察してもらうことを期待する文化を持つ日本においては、患者との効果的なコミュニケーション・スキルを考える際、非言語コミュニケーションについても十分に考慮する必要がある。

◎男女の対人コミュニケーション

一般的に男女のコミュニケーションスタイルには性差があると言われている。最近、医療現場でも性差医療や女性医療が取り上げられるようになってきた。しかし、同じ医療でも医療コミュニケーションについては、コミュニケーションの対象が常に“患者”であり、男性も女性も一括りに扱われている。しかし、特に軽症または慢性疾患の外来患者等については、本人が病気に罹患しているという意識自体が低い場合もあり、“患者”という見方だけでなく、相手を一人の人間として扱い、対人コミュニケーションにおける性差について理解した上で医療コミュニケーション・スキルを使わないと、いつまでも患者とのラポールが形成されないばかりか、時としてこれがトラブルの元になることもある。

対人コミュニケーションは“話す”ことと“聞く”ことから成り立っている。話し方の性差については、一般的な傾向として男性はストレートにものを言い、上下関係をはっきりさせたがるが、女性は間接表現を使い、対立や上下関係を嫌い、和合を望む傾向が強いとされている。また、“話し方の性差”と同様に“聞き方の性差”でも、男性は聞き手を務めるよりも何とか発言のチャンスをつかみ、話し手の座につこうとする＜地位・独立＞を重視し、女性はお互いの＜和合・親和＞を強め、相手の話を盛り上げようとする。さらにタネン（2003：67）は、男性は解決策を見出すことを最大の目的とし、女性は共感を求めるとしている。ただし、これらはあくまでも平均的な話である。患者との医療コミュニケーションを円滑にするためには必要な要素ではあるが、これをすべての人に当てはめてマニュアル化することは避けるべきである。

第3章 薬剤師－患者間の医療コミュニケーションについて

◎米国薬剤師の医療コミュニケーション：PPCP

米国には薬剤師－患者服薬指導プログラム（Pharmacist-Patient Consultation Program；以下、PPCP）がある。PPCPには3種類（PPCP-1, 2, 3）のプログラムがあるが、今回の研究では、その中でも特に新しい薬を服用する患者の場合に使う PPCP-1 が重要となる。これは以下の手順で行われる。

1) 自己紹介

2) 最重要質問（The Prime Questions）

① What did the doctor tell you the medication was for?

（先生は、この薬が何の薬だと言われましたか？）

② How did the doctor tell you to take the medication?

（先生は、この薬をどのように飲みなさいと言われましたか？）

③ What did the doctor tell you to expect?

（先生は、この薬を飲むとどんなことが起こると言われましたか？）

3) 最終確認（Final Verification）

ファイザー製薬株式会社（1997 Unit1）、Pfizer Inc. (1997 Unit1: 10-13)、
Pfizer Inc. (2003-AN INTERACTIVE APPROACH TO PATIENT CONSULTATION: 5-7) より引用

◎日本人患者に必要なコミュニケーション・スキル

米国では閉鎖型質問を否定し、どう話すかを患者にゆだねる開放型質問を推奨している。しかし、津田（1999：39）は「日本人の対人関係は、言葉ではっきりと示すよりも相手に察してもらうことを期待する。それに対し、北米では自分を表現するために言葉を十二分に活用する。」と述べている。このことから、日本人患者に対して閉鎖型質問の使用を止め、全部を開放型質問で問いかけると、患者自身が全ての質問に答えなければならなくなる。その結果、気持ちを察してもらうことなく、まるで尋問されている様な感覚を患者に与えることになる。また、福井（2002：27）の中でも、診断や治療の決定上、重要な意味を持つ事柄については、閉鎖型質問で明確にしておくことが重要であると述べられている。

◎医療におけるパターナリズムと患者の自己決定権

本来、パターナリズムとは相手の意思を無視して行う行為である。しかし、現在は患者に対しその人のためになるとして、医師またはその他の患者以外の人々の裁量で処置をすることを指し、患

者のインフォームド・コンセントを得ずに処置することを意味するわけではない（山本 1999：50）。医療においては、患者の人生は患者のものであり、自身の身体に対して行われる医療行為については当然自分自身で決定する権利がある（大木 2005：89）。そのため、患者は従来の医師にお任せのパターナリズムから脱却する姿勢を持つことが求められ（冷牟田 2007：475）、医療者側は患者の自己決定を最大限尊重した治療を提供していくことが求められている（松井 2004：71）。しかし、その一方で、患者は自ら決定したことについてはその結果についてもすべて自己責任を負わなければならない。その結果、Jensen et al. (1993：2238) は、患者が自分自身で決定した治療に対する責任を負うことになると強く思うようになると医療行為への参加・選択が困難になると述べている。

◎医療現場での敬語使用

吉岡他（2008：256）は敬語を使って敬意を表すネガティブ・ポライトネス・ストラテジーについて、次の様に述べている。敬称「～様」や二重謙譲などの過剰敬語は、良好な協力関係の構築には逆効果であるが、「～さん」や簡素な敬語の使用は、敬意を表すと同時に、気さくに親しみやすく接することで相手との心理的距離を縮める働きかけでもある。この様な過剰敬語を避ける敬語回避はポジティブ・ポライトネス効果も生む。また、医療面接にふさわしい敬語は、対等な関係の相互尊重に必要な最小限の敬語であると患者、医師双方が意識している。

◎患者満足度

近年、「患者中心の医療」が求められるようになり、企業でいう顧客志向の経営における顧客満足度の考え方を病院経営にも反映させた「患者満足度」がその実践状況を客観的に評価するための指標となってきている。さらに、多くの研究結果が患者との良好なコミュニケーションと満足度がアドヒアランス（患者が主体的におおのの治療に取り組むこと）を高め、患者にとってこのましい臨床上のアウトカムをもたらすことを示している。

◎記憶と繰り返し学習

患者教育のためのコミュニケーション・スキルを考える際は、重要な情報を正しい記憶として短期記憶貯蔵内にできるだけ長時間留めておき、それを長期記憶の中の知識に変換させ易くすることが重要である。そのため、内容をできるだけ少なくシンプルにしてリハーサルを繰り返し、更に視覚的なイメージを用いて記憶の定着を図るといったことを考慮に入れて検討していく必要がある。

第4章 薬剤師－患者間の医療コミュニケーション・スキル

第2章及び第3章で取り上げた理論を基に効果的且つ実用的なコミュニケーション・スキルを考案し、これが実際の服薬指導を想定した場合に使用可能かどうかを検討する必要がある。そこで、PPCPを先行研究と位置づけ、従来通りの服薬指導方法（本論文では、開放型質問を取り入れていない従来通りの服薬指導方法すべてを閉鎖型質問として扱い、理解度確認調査の中ではClosed Questionと表示している）と比較するために、それぞれの方法で服薬指導を行った後、患者に理解度確認用紙を配布する方法で彼らの意見や理解度を確認した。

◎紙面による理解度確認調査（予備調査）

新規薬の処方、または薬の変更・追加により新しい薬が処方になった外来患者を対象に、Closed QuestionとPPCPを用いて服薬指導を行った。その後、患者に同じ内容の理解度確認用紙を配布し、何も見ずに覚えている範囲内で記入する様依頼した。そして、回収後に処方箋と照合し、点数化した。調査人数はClosed Question、PPCP共にそれぞれ20名ずつとした。その結果、2種類の服薬指導方法に関して明確な有意差は出なかった。また、PPCPの問題点として「服薬指導時間が長い」、「最終確認の煩わしさ」、「開放型質問によるストレス」が明らかとなった。

◎紙面による理解度確認調査（本調査）

予備調査で明らかとなった3つの問題点を改良し、新たに2つの服薬指導方法（以下、PPCP-①（復唱なし）、PPCP-②（復唱あり）とする）を作成した。なお、PPCP-①（復唱なし）とPPCP-②（復唱あり）の違いは、最終確認として、患者に服薬指導内容の復唱を促すかどうかである。更に理解度確認調査の形式を復唱なし、復唱ありの2種類に増やし、最終確認を行う意義を検証した。方法は、PPCP-①（復唱なし）、PPCP-②（復唱あり）をPPCPの代わりに用い、予備と同様の調査を実施した。今回の被験者数は各調査70名ずつとした。その結果、改良した服薬指導方法の内、PPCP-②（復唱あり）の成績が一番良かった。また、予備調査結果とは逆に、復唱する点を評価する意見も見られた。

PPCPをそのまま日本の薬局業務に導入することは難しい。しかし、PPCP-②（復唱あり）の様に患者にとって必要な情報を的確に取り入れれば、ある程度までの時間短縮は可能であり、服薬指導時間が閉鎖型質問とあまり変わらなければ、患者も開放型質問を受け入れ易くなると思われる。しかし、現在起きている薬剤師－患者間のコミュニケーションに関わる言語問題については何も調査をしていないため、今回はコミュニケーション・スキルとしての有用性を述べただけである。そのため、現状に即していない部分があると、PPCP-②（復唱あり）を使って服薬指導をすることが、かえって患者とのラポール形成を妨げる要因となる可能性が示唆される。

第5章 ラポール形成を目標とした医療コミュニケーション

◎先行研究とその問題点

医療現場で求められている医師－患者間のコミュニケーション・スキルについては、吉岡他（2008）および徳田他（2008）が報告している。しかし、患者を中心に医師、薬剤師、看護師等が病気の治癒を目指して連携プレーをするチーム医療は、専門職ごとにそれぞれの領域で役割と責任を果たすことで成り立つものであることから、吉岡他（2008）や徳田他（2008）の医師、患者双方の調査結果を薬剤師－患者間の医療コミュニケーションにそのまま応用することができるかどうかは断言できない。そこで、ラポール形成の観点から薬剤師と患者のコミュニケーションに関わる言語問題をそれぞれ解明し、具体的なコミュニケーション・スキルを提案していく必要がある。

◎薬剤師聞き取り調査

「薬剤師聞き取り調査」は、薬剤師側のコミュニケーションに関わる言語問題を解明するために行った。調査方法は、ロールプレイの撮影（録音）と、事前に配布した薬剤師聞き取り調査票およびロールプレイで不足している情報を1対1の面接形式で確認する2つを行なった。聞き取り者は筆者自身が1人で行った。被験者は東北大学病院薬剤部で入院および外来患者の服薬指導に現在携わっている、または過去に携わっていた薬剤師20名を対象とした。

得られたそれぞれの回答内容の中で、特に第4章で述べたPPCP-②（復唱あり）を使って服薬指導をした場合にかえて患者とのラポール形成を妨げる要因となる可能性のある項目として、薬剤師が苦手とする、自分から話をしようとしにくい患者への対応が挙げられる。元々、PPCPは開放型質問を用い、患者に復唱を促すやり方である。しかし、自分から話をしようとしにくい患者に対しては、最初から患者との心理的距離を縮めようとせず、閉鎖型質問を用いて必要最低限の情報収集のみを行い、相手の立場を侵さないように努める方がラポール形成には有効である。ただし、患者とのラポールが形成されてきたら、今度はポジティブ・ポライトネス・ストラテジーに切り替え、気さくに親しみやすく接するようにし、質問方法も開放型質問を取り入れる様にする。

◎患者アンケート

前項で報告した薬剤師聞き取り調査の結果を基に、患者とのラポール形成に関係すると思われる要因を抽出し、患者アンケートを作成した。今回は、この患者アンケートを実施することにより患者側の意見を確認し、日本人患者とのラポール形成を目指した具体的なコミュニケーション・スキルについて考察する。調査方法は、同意を得た被験者に患者アンケート用紙および返信用封筒を配布し、記入後、同封した返信用封筒で期日まで返信する様依頼した。今回の被験者は“現在病気に

罹患している患者”と限定せず、広く一般の人々を対象とした。152名の被験者にアンケート用紙を配布し、その内107名から回答を得た。

得られたそれぞれの回答内容の中で、特に第4章で述べた PPCP-②（復唱あり）を使って服薬指導をした場合にかえって患者とのラポール形成を妨げる要因となる可能性のある項目として、PPCP のやり方と患者アンケートの結果に違いが出た患者に対する服薬指導方法および服薬指導内容の再確認方法が挙げられる。患者に対する服薬指導方法については、開放型質問だからといってどんな時でも良いとは言い切れず、服薬指導内容の再確認方法についても、被験者の多くが自分で復唱するよりも薬剤師が復唱することを望んでいることから、日本人患者とのラポール形成のためには、最初から PPCP-②（復唱あり）を用いることは避けたほうが有効であると思われる。ただし、ラポールが形成されていない患者の場合は使うことを慎重に検討する必要があるが、何回か服薬指導を行ってラポールが形成されてきたら、必要時、患者に復唱を求めることもノンアドヒアランス防止の観点から非常に重要なスキルの1つとなる。つまり、医療コミュニケーション・スキルは、患者とのラポールが形成されているかどうかで使い分ける必要があり、今回の調査結果より、すべての患者に対して開放型質問を用い、患者にのみ復唱を促す PPCP のやり方とは異なった結果が明らかにされた。

第6章 結論

日本の医療現場で患者中心の医療を実現するためには患者教育が必要であり、患者教育を円滑に行うためには患者とのラポール形成が必要不可欠な要素となる。そこで、第5章までは患者教育に生かす医療コミュニケーションを提案するために、ラポール形成の観点から薬剤師と患者のコミュニケーションに関わる言語問題を解明し、それぞれの問題に対応するコミュニケーション・スキルについて述べてきた。以上の結果より、医療コミュニケーション・スキルは、服薬指導をする患者との間にラポールが形成されているかどうかで使い分ける必要があることが分かった。そこで、ラポールが形成されていない患者と形成されている患者に分け、患者教育に生かす具体的な薬剤師－患者間の医療コミュニケーション・スキルを提案する（表1、2参照）。

(表1) 患者教育に生かす薬剤師－患者間の医療コミュニケーション・スキル
～ラポールが形成されていない患者の場合～

分 類		ラポールが形成されていない患者
主な対象患者		初対面、または服薬指導を開始してまだ日が浅い患者等。
服 薬 指 導	服薬指導方法	閉鎖型質問
	情報収集 薬の説明方法	必要な情報は閉鎖型質問を用いて収集する。 使用目的・使用方法・副作用について薬を見せながら必要最低限の情報を提供する。
	薬の説明内容 の再確認方法	必要時、薬剤師が説明内容を繰り返す。 薬剤情報提供書の記載内容についても説明する。

(表2) 患者教育に生かす薬剤師－患者間の医療コミュニケーション・スキル
～ラポールが形成されている患者の場合～

分 類		ラポールが形成されている患者
主な対象患者		何回も服薬指導を行っている、または長期間同じ薬の処方が続いている患者等。
服 薬 指 導	服薬指導方法	開放型質問/焦点を絞った質問
	情報収集 薬の説明方法	開放型質問を用い、患者に薬の使用法、副作用の有無について薬を見せながら確認する。患者の回答内容の中で何か問題点が出てきたら、焦点を絞った質問を用いて詳細を明らかにする。
	薬の説明内容 の再確認方法	必要時、薬剤師または患者が説明内容を繰り返す。ただし、ノンアドヒアランスが疑われる患者、および吸入器を使用している患者や自己注射をしている患者等の場合は、第4章で述べた PPCP-②（復唱あり）を参考に患者自身に復唱を求める。

ただし、これらの医療コミュニケーション・スキルはあくまでも第1章から第5章までの内容を基に考案したものであり、実際の医療現場での有用性については明らかにしていない。そのため、あくまでも提案として述べた。今後は、今回提案した医療コミュニケーション・スキルが、日本の薬局業務の中でどれ程効果的に使えるものなのかを明らかにしていく必要がある。

参考文献

- 上野直人（2006）『最高の医療をうけるための患者学』講談社。
- 大木桃代（2005）「日本人の医療行為に対する意思決定度の測定」『人間科学研究』No.27, pp.83-92。
- スペンサー-オーティ、ヘレン編著、浅羽亮一監修、田中典子・津留崎毅・鶴田康子・熊野真理・福島佐江子訳（2004）『異文化理解の語用論－理論と実践－』研究社。
- タネン、デボラ（2003）『わかりあえる理由 わかりあえない理由 男と女が傷つけあわないための口のきき方8章』講談社。
- 津田早苗（1999）『談話分析と文化比較』リーベル出版。
- 徳田安春・吉岡泰夫・相澤正夫・田中牧郎・中山恵利子・矢吹清人・関根健一・有森直子・早野恵子（2008）「「～さま」と「～さん」：患者敬語の使い方についての患者医師双方への調査研究」『プライマリ・ケア』Vol.31,

No.1, pp.20-25.

冷牟田浩司 (2007)「医師の立場からみた患者目線の医療」『国立医療学会』Vol.61, No.7, pp.473-476.

福井次矢 (2002)『メディカル・インタビューマニュアル』インターメディカ.

町田いづみ (2005)『服薬援助のための医療コミュニケーションスキル・アップ』星和書店.

松井英俊 (2004)「インフォームド・コンセントの歴史的展開から得られた患者 医療従事者関係の検討」『看護学総合研究 (1346-0692)』Vol.5, No.2, pp66-73.

山本聡 (1999)「医療における自己決定権とパートナーリズムー生命倫理と法的効力の面からー」『神奈川工科大学研究報告. A, 人文社会科学編』Vol.23, pp47-56.

吉岡泰夫他 (2007)「医療における専門家と非専門家のコミュニケーションの適切化のための社会言語学的研究」平成17 (2005) 年度～平成18 (2006) 年度 科学研究費補助金 基礎研究 (C).

吉岡泰夫・早野恵子・徳田安春・三浦純一・本村和久・相澤正夫・田中牧郎・宇佐美まゆみ (2008)「良好な患者 医師関係を築くコミュニケーションに効果的なポライトネス・ストラテジー」『医学教育』Vol.39, No.4, pp.251-257.

Brown, P. and S.C.Levinson, (1987[1978]) *Politeness. Some universals in language usage*. Cambridge University Press, Cambridge.

Grice, P. (1975) 'Logic and Conversation', in P.Cole and J.L.Morgan (eds.) *Syntax and Semantics* Vol.3, Academic Press. [清塚邦彦訳 (1998)『論理と会話』勁草書房]

Jensen, A.B., B.Madsen, P.Andersen, and C.Rose (1993) Information for Cancer Patients Entering a Clinical Trial- an Evaluation of an Information Strategy. *European journal of cancer*. Vol.29A, No.16, pp2235-2238.

Mehrabian, A. (1968) Communication without words. *Psychology Today*. Vol.2, No.4, pp.53-55.

資料

ファイザー製薬株式会社 (1997) Pharmacist-Patient Consultation Program Unit1: 薬剤師ー患者服薬指導プログラム1

Pfizer Inc. (1997) Pharmacist-Patient Consultation Program PPCP-Unit1

-An Interactive Approach to Verify Patient Understanding-

Pfizer Inc. (2003) PHARMACIST-PATIENT CONSULTATION PROGRAM

-AN INTERACTIVE APPROACH TO PATIENT CONSULTATION-

論文審査結果の要旨

本研究は、医療現場において薬剤師が患者に対して行う服薬指導を医療コミュニケーションの重要な形態の一つとして捉え、言語学およびコミュニケーション理論の観点からの分析を通して、より適切なコミュニケーション・スキルとしての服薬指導の構築を目指したものである。第1章では、本論文の研究目的を述べた後で、および薬剤師が関わる医療コミュニケーションの現状について概観している。第2章は、言語コミュニケーション理論のうち、特にポライトネス理論のラポール形成、対人コミュニケーション問題等を中心に先行研究をまとめている。第3章では、アメリカで先進的な服薬指導法とされる PPCP (Pharmacist- Patient Consultation Program) を取り上げ、これを日本に導入する場合に起きる問題を論じている。第4章は、第3章を受けてアンケート調査を実

施し、日本の対人コミュニケーション状況における PPCP の問題点とその解決策を提案した。第 5 章は、国立国語研究所が行った医療コミュニケーションに関する全国調査および医療言語に関する提言に関連し、薬剤師に対する聞き取り調査に基づいて、ラポール形成を目指す医療コミュニケーションの分析と提案を行っている。

本研究は、現在、日本において社会的にきわめて重要性のある、医療のコミュニケーション問題に正面から取り組み、言語コミュニケーション理論と実証的なデータの両面から問題解決を試みた点で高く評価される。この論文は、理論を現実の問題解決にいかに応用するかという問いかけによって、言語コミュニケーション理論の現実社会における実践的意義や価値を問い直したものと言える。その意味において、言語コミュニケーション研究に寄与する実証的な貢献は大きい。また、これまで医療コミュニケーションの問題としてあまり取り上げられなかった、薬剤師という職種に焦点を当てた点で、この種の研究では類を見ない独自性も認められる。

審査委員には医療コミュニケーション問題の専門家である国立国語研究所の吉岡泰夫氏にも加わってもらい、この分野における氏の広い見識に基づいた評価も受けた。審査会では、本論文は博士論文としての水準に充分達した質の高い研究の成果であるとの結論に至った。

よって、本論文は、博士論文（国際文化）の学位論文として合格と認める。